

## Algemeen aanvraagformulier voor farmacie en hulpmiddelen

Vul dit formulier in en stuur het op naar: HEMA Zorgverzekering, Postbus 704, 7500 AS ENSCHEDE

### Verzekerde

Voorletters en achternaam \_\_\_\_\_ M\* V\*  
Geboortedatum \_\_\_\_\_ Verzekernummer \_\_\_\_\_  
Straat en huisnummer \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_  
Telefoon \_\_\_\_\_ Naam huisarts \_\_\_\_\_

### Aanvraag geneesmiddel of dieetpreparaat

Let op. Dit formulier kan alleen gebruikt worden voor medicijnen en/of voeding die niet via een specifiek aanvraagformulier aangevraagd kunnen worden. U kunt de lijst met specifieke aanvraagformulieren raadplegen op [www.hemaverzekeringen.nl/zorgverzekering](http://www.hemaverzekeringen.nl/zorgverzekering).

Naam middel \_\_\_\_\_

Indicatie en motivering waarvoor het middel wordt voorgeschreven

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Wilt u relevante wetenschappelijke literatuur of een verwijzing naar die literatuur toevoegen aan deze aanvraag?

Dosering per dag \_\_\_\_\_ Gewenste duur van de behandeling \_\_\_\_\_

### Aanvraag hulpmiddel(en)

Omschrijving hulpmiddel(en)

---

---

---

---

---

Betreft het een herhalingsaanvraag?  Nee  Ja (graag de volgende vragen ook invullen)\*

Datum laatste verstrekking van het hulpmiddel \_\_\_\_\_

Waarom dient het hulpmiddel vervangen te worden?

---

---

---

---

---

Let op: Voor een aantal hulpmiddelen zijn nadere voorwaarden gesteld met betrekking tot de aanvraagprocedure.

Raadpleeg hiervoor uw verzekeringsvoorwaarden of [www.hemaverzekeringen.nl/zorgverzekering](http://www.hemaverzekeringen.nl/zorgverzekering)

**Verklaring behandelend (huis)arts/specialist/gespecialiseerd verpleegkundige**

Behandelend \_\_\_ (huis)arts \_\_\_ specialist \_\_\_ gespecialiseerd verpleegkundige\*

Naam arts/verpleegkundige \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

Naam ziekenhuis (indien van toepassing) \_\_\_\_\_

Telefoonnummer praktijk/ziekenhuis \_\_\_\_\_

Naam contactpersoon \_\_\_\_\_ M\* V\*

Telefoonnummer contactpersoon \_\_\_\_\_

**Medische diagnose/indicatie**

(in te vullen door arts/gespecialiseerd verpleegkundige)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welke beperkingen dienen door het hulpmiddel opgeheven te worden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ik verklaar dat de aan ommezijde genoemde verzekerde bekend is met toepassing van de aangevraagde geneesmiddelen en/of hulpmiddelen en dat bij gebruik een verbetering wordt bereikt die niet op eenvoudiger wijze te verkrijgen is.

Stempel behandelend arts/verpleegkundige

Handtekening behandelend arts/verpleegkundige

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ondertekening**

Ondertekening door verzekerde c.q. wettelijk vertegenwoordiger.

Ondergetekende verklaart hierbij geen bezwaar te hebben tegen het gebruiken van de gegevens die in dit aanvraagformulier zijn vermeld. Deze gegevens worden door de zorgverzekeraar gebruikt voor het beoordelen van uw aanvraag en het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst. Deze gegevens kunnen worden gebruikt ten behoeve van het geven van opdrachten aan zorgaanbieders voor het vervaardigen en/of leveren van passende en/of de juiste geneesmiddelen of hulpmiddelen.

Verder verklaart ondergetekende er geen bezwaar tegen te hebben dat de zorgverzekeraar ten behoeve van het verstrekken van aangevraagde geneesmiddelen en/of hulpmiddelen zo nodig aanvullende informatie bij behandelend (huis)arts, specialist of gespecialiseerd verpleegkundige kan opvragen. De gegevens worden voor geen andere doelen aangewend dan hierboven omschreven.

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Handtekening verzekerde c.q. wettelijk vertegenwoordiger

\_\_\_\_\_

Wij verzoeken u deze aanvraag volledig in te vullen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.

\* Aankruisen wat van toepassing is.

## Voor eigen gebruik- deze pagina niet mee sturen

### Checklist bij het aanvragen van een vergoeding voor personenalarmering

Het beoordelen van een aanvraag is mensenwerk. Maak het de beoordelaar van de zorgverzekeraar makkelijk door de juiste informatie te verstrekken. Vraag de huisarts niet alleen het ziektebeeld te benoemen maar vraag ook om deze extra gegevens:

➤ Medicijngebruik

Het gebruik van bepaalde medicijnen kan de kans op vallen doen toenemen. Dat is belangrijke informatie die niet bij een aanvraag mag ontbreken.

➤ Vallen

Als u af en toe valt, vertel dat dan ook. Dat is veel duidelijker dan vertellen dat er een kans op vallen is. Dat geldt immers voor iedereen. Wees duidelijk in deze omschrijving.

➤ Woonsituatie

Gaat het om iemand die zelfstandig woont? Bent u vaak alleen als er acuut hulp nodig kan zijn? Of is er altijd of vaak wel iemand in de buurt die hulp zou kunnen invoeren?

### Let op!

Algemene beperkingen die vaak met ouderdom te maken hebben zoals slecht zien, beperkte mobiliteit, slecht gehoor of vergeetachtigheid spelen meestal geen of slechts een kleine rol. Ze zijn natuurlijk wel van invloed op de veiligheid, maar in de ogen van de meeste verzekeraars zijn dit soort algemene beperkingen geen reden om een alarm te vergoeden vanuit de basisverzekering.

Met een personenalarm bent u alleen veilig!

Een aanvraag bij uw zorgverzekeraar was nog nooit zo eenvoudig als bij [alarmaanvragen.nl](http://alarmaanvragen.nl)

---